

ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS CRIANÇAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, SP (BRASIL), 1984-1985

III - ALEITAMENTO MATERNO*

Carlos Augusto Monteiro **
Hilda Paulina Pino Zuñiga ***
Maria Helena D'Aquino Benício **
Marina Ferreira Rea ****

MONTEIRO, C.A. et al. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo, SP (Brasil), 1984-1985. III. Aleitamento materno. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 21: 13-22, 1987.

RESUMO: Como parte de amplo estudo epidemiológico sobre condições de saúde na infância, investigou-se a frequência e duração do aleitamento materno em amostra representativa de crianças menores de cinco anos residentes no Município de São Paulo, SP (Brasil) (n = 1.016). Apesar de a grande maioria das crianças iniciar a amamentação (92,8%), menos da metade chega amamentada aos quatro meses de idade, alcançando os 12 e os 24 meses, respectivamente, 18,8% e 10,7% das crianças. A duração mediana da amamentação no Município de São Paulo foi estimada em 109,25 dias. Para o aleitamento materno exclusivo, a duração mediana estimada foi ainda menor: 62,55 dias. A estratificação da amostra revelou que a duração mediana tanto da amamentação quanto do aleitamento exclusivo alcançou valores superiores nos estratos de maior nível sócio-econômico, contrariando, portanto, a situação usualmente encontrada em países em desenvolvimento. A comparação dos dados obtidos em 1984/85, com dados obtidos em 1973/74 e em 1981, revela a ocorrência em São Paulo de um movimento recente de retorno à prática da amamentação. Tal movimento, ainda não documentado em nenhum outro grande conglomerado urbano do Terceiro Mundo, assemelha-se ao movimento observado na década de 70 em vários países desenvolvidos, inclusive no que se refere à sua maior intensidade nos estratos de maior nível sócio-econômico. Embora os resultados do referido movimento possam ser considerados modestos, pois uma expressiva proporção de crianças ainda é desmamada precocemente, eles mostram que não há razão para se aceitar como inevitável ou como irreversível a tendência de queda da prática da amamentação nas sociedades urbanas do Terceiro Mundo.

UNITERMOS: Saúde da criança. Inquéritos epidemiológicos. Aleitamento. Fatores sócio-econômicos.

A consideração da forma de aleitamento da criança em estudos diagnósticos sobre condições de saúde na infância apresenta inúmeras justificativas. Estas justificativas procedem tanto de estudos que demonstram as propriedades espécie-específicas do leite humano¹¹ quando de estudos que empiricamente comprovam as vantagens da criança aleitada ao seio²⁰. No primeiro caso, é digna de nota a demonstração de aspectos físico-químicos, nutricionais e imunológicos do leite humano não passíveis de imitação tecnológica e, no segundo caso, destacam-se os efeitos positivos do aleitamento ao seio sobre o estado nutricional, o crescimento e o desenvolvimento e a morbi-mortalidade das crianças.

Ainda que as vantagens do aleitamento ao seio sobre o artificial adquiriram maior importância, e mesmo certa dramaticidade em contextos ambien-

tais adversos, dispõe-se hoje de evidências suficientes que afirmam o caráter absoluto e universal da superioridade do aleitamento materno. Excelentes e atualizadas revisões sobre o papel do aleitamento materno na definição das condições infantis de saúde foram recentemente elaboradas por especialistas na matéria e podem ser encontradas em Jelliffe e Jelliffe¹¹, Cunningham⁶, Feachem e Koblinski⁷ e em publicação recente da Academia Americana de Pediatria²⁰ (1984).

Durante milhões de anos de existência da espécie humana, com exceção dos últimos 100 ou 150 anos, a alimentação ao seio representou a forma natural e praticamente exclusiva de se alimentar o ser humano em seus primeiros meses de vida¹¹.

A história recente da alimentação infantil é bem conhecida nos países desenvolvidos graças a seus

* Realizado com auxílio financeiro da Financiadora de Estudos e Projetos - FINEP (Convênio 4/1/83/0698/00) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP (Proc. 84/2463-3).

** Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - Av. Dr. Arnaldo, 715 - 01255 - São Paulo, SP - Brasil.

*** Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco - 50000 - Recife, PE - Brasil.

**** Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - Av. Dr. Arnaldo, 315 - 01246 - São Paulo, SP - Brasil.

adequados sistemas de registro de dados^{11,21}. Nestes países, o aleitamento artificial começa a ser observado com frequência considerável já no final do século passado em cidades européias então engajadas na Revolução Industrial. Tal forma de alimentação, entretanto, era associada a altíssimas taxas de mortalidade infantil. Neste século, com a melhoria das condições de higiene das cidades e com o desenvolvimento de fórmulas lácteas mais apropriadas, são atenuados os riscos associados ao aleitamento artificial e observa-se grande expansão desta forma de alimentação. A adesão ao aleitamento artificial continua progredindo nos países desenvolvidos até o início da década de 70, quando apenas uma minoria das crianças era amamentada e, ainda assim, frequentemente por poucas semanas.

Na década de 70, em resposta à crescente tomada de consciência acerca das vantagens do aleitamento materno, tem início, em diferentes países desenvolvidos, um movimento de retorno à amamentação^{3,8,9,10,12,25}. Tal movimento, ainda que sem levar o aleitamento materno à sua antiga condição de prática universal, tem produzido grandes mudanças em curto espaço de tempo: na Noruega, país onde talvez seja mais claro o referido movimento, a percentagem de crianças amamentadas aos seis meses de idade subiu, entre 1973 e 1982, de 10% para 48%⁸. Outra característica importante deste retorno à amamentação nos países desenvolvidos é seu efeito mais pronunciado junto aos estratos populacionais de melhor nível sócio-econômico²⁶. Tal fato tem determinado que atualmente a relação nestes países entre nível sócio-econômico e frequência de amamentação seja francamente positiva.

Dados sobre a evolução das práticas de alimentação nos países não desenvolvidos são mais escassos e permitem generalizações menos seguras do que as efetuadas para os países desenvolvidos^{11,16,21}. O abandono do aleitamento materno como forma natural de alimentar a criança pequena parece ocorrer de forma expressiva nos países não desenvolvidos apenas após a Segunda Guerra Mundial. A intensidade deste processo tem variado conforme as características de cada país e tem sido maior junto à população de melhor nível sócio-econômico. Revendo-se resultados referentes a sete países da Ásia e da América Latina, para os quais há dados representativos sobre a evolução recente da frequência de aleitamento materno, confirma-se a tendência de queda da prática da amamentação e detecta-se relação evidentemente inversa entre nível sócio-econômico e frequência de aleitamento materno¹⁶. Em apenas um dos países (Singapura), houve indícios de que na segunda metade da década de 70 poderia

estar se iniciando um fenômeno de ressurgimento da amamentação, nos mesmos moldes do fenômeno observado nos países desenvolvidos¹⁶.

Na segunda metade da década de 70, a Organização Mundial da Saúde realizou extenso estudo colaborativo abrangendo vários países, visando, entre outros objetivos, identificar a situação atual da prática da amamentação e sua possível relação com o grau de urbanização e com o nível sócio-econômico das populações¹⁷. Nesta oportunidade, foram identificados três padrões de amamentação:

- I - A maioria das crianças iniciaria a amamentação (entre 70% e 100%), mas a duração mediana da mesma não ultrapassaria 6 meses.
- II - A maioria das crianças também iniciaria a amamentação (entre 80% e 100%) e a duração mediana desta poderia chegar a 17 meses.
- III - Praticamente a totalidade das crianças (entre 95% e 100%) iniciaria a amamentação e a duração mediana desta ultrapassaria 17 meses.

As características das populações abrangidas pelo estudo da Organização Mundial da Saúde indicam que o padrão I é próprio dos países desenvolvidos e das elites urbanas dos países não desenvolvidos, e que os padrões II e III são próprios da grande maioria das populações rurais e dos estratos urbanos pobres dos países não desenvolvidos.

Para o Brasil como um todo, os dados disponíveis não permitem que se conheça a situação atual da prática da amamentação em nosso meio e, menos ainda, que se avalie sua evolução ao longo do tempo*. De fato, inquéritos sistematizados sobre amamentação têm sido muito pouco frequentes no Brasil, a maioria deles realizada a partir de 1970 e quase sempre baseados em clientela de serviços de saúde. Os resultados dos referidos inquéritos são, entretanto, unânimes em indicar que, pelo menos em centros urbanos como São Paulo^{2,22}, Rio de Janeiro⁴, Recife^{1,2} e Salvador⁵, o tempo mediano de aleitamento materno tem sido muito curto, ficando entre 1 e 3 meses. Em face destes resultados, desde 1981, o Ministério da Saúde promove intensa campanha de incentivo ao aleitamento materno, incluindo a difusão sistemática de mensagens educativas através de veículos de comunicação de massa de todo o país¹³.

No presente trabalho serão apresentados e discutidos resultados referentes ao comportamento recente do aleitamento materno no Município de São Paulo. Tais resultados procedem de amplo estudo epidemiológico sobre condições de saúde na infância realizado no Município entre 1984 e 1985¹⁴.

* Um único trabalho publicado²⁴, frequentemente citado em revisões sobre tendências da amamentação¹¹, refere expressiva queda na frequência do aleitamento materno entre 1940 e 1974. Tal trabalho, entretanto, refere-se apenas às modificações ocorridas na clientela de dois serviços de saúde das cidades de Porto Alegre e de Pelotas.

A metodologia completa do estudo e a descrição das características sócio-econômicas da amostra estudada podem ser vistas em trabalho anterior desta série¹⁵.

METODOLOGIA

O presente estudo se baseia em uma amostra de 1.016 crianças residentes no Município de São Paulo com idades entre 0 e 59 meses. O processo de obtenção desta amostra envolveu o sorteio prévio de 3.378 domicílios espalhados pelos 56 sub-distritos que compõem o Município de São Paulo. O número de domicílios sorteados em cada sub-distrito foi estabelecido a partir do número total de domicílios ali existentes e do número de crianças esperadas por domicílio. O processo integral da amostragem da pesquisa é descrito em trabalho anterior desta série¹⁵, onde se evidenciam o caráter probabilístico da amostra obtida e a representatividade dos achados com relação ao universo do município estudado.

Visando estabelecer o comportamento da amamentação no município, todas as crianças da amostra foram estudadas quanto ao início da amamentação, presença da mesma na época da entrevista e momento do desmame, obtendo-se informações para 1.003 crianças, ou 98,7% da amostra. Para analisar especificamente o aleitamento materno exclusivo, as crianças menores de dois anos foram também estudadas quanto ao consumo de qualquer tipo de leite que não o leite materno e momento de sua eventual introdução na dieta infantil. Neste caso, foram obtidas informações para 357 crianças, ou 92,7% da amostra total de menores de dois anos.

A frequência e a duração da amamentação e do aleitamento materno exclusivo foram estabelecidas através do emprego da técnica das tábuas de vida, com o momento do desmame ou introdução de leite não materno atuando como evento terminal da tábua e com as crianças ainda amamentadas ou ainda em aleitamento materno exclusivo equivalendo aos casos sem acompanhamento ("follow-up") completo²³.

O emprego das tábuas de vida apresenta consideráveis vantagens sobre as alternativas comumente utilizadas para se estimar a frequência da amamentação: estudo da prevalência de crianças amamentadas em cada uma das idades e estudo da época do desmame nas crianças não mais amamentadas. Em relação à primeira alternativa, a técnica das tábuas

de vida permite boas estimativas mesmo com pequeno número de observações, o que não ocorre com o estudo de prevalência que requer grandes casuísticas uniformemente distribuídas pelas várias idades¹⁶. Em relação à segunda alternativa, a vantagem da técnica das tábuas de vida está em proporcionar estimativas não viciadas da frequência da amamentação, o que não ocorre com o estudo da época do desmame que não leva em conta as crianças ainda amamentadas¹⁶ *.

O comportamento da amamentação e do aleitamento materno exclusivo foi analisado em relação aos diferentes estratos sócio-econômicos da população, utilizando-se como indicador sócio-econômico o nível máximo de escolaridade obtido pelo chefe da família da criança. Conforme já referido nos outros artigos desta série, a partir daquele nível de escolaridade definem-se os seguintes estratos sócio-econômicos: I (curso superior completo), II (curso colegial completo**), III (curso ginásial completo**), IV (curso primário completo**), V (curso primário incompleto**) e VI (nenhuma escolarização). Para fins específicos do presente artigo, os estratos I e II tiveram que ser agrupados em um único estrato. O número insuficiente de observações nestes estratos impediria estimativas seguras sobretudo com referência ao aleitamento materno exclusivo, prática estudada apenas para crianças com menos de dois anos. Em artigo anterior¹⁵ discute-se a escolha do nível de escolaridade do chefe da família como marcador apropriado do estrato sócio-econômico das famílias estudadas.

RESULTADOS

1. Frequência e duração da amamentação

O Anexo 1 apresenta a análise da frequência da amamentação obtida através do emprego da técnica das tábuas de vida, podendo-se verificar que o produto final da referida análise são as proporções de crianças ainda sendo amamentadas ao final de determinadas idades (Px) e seus respectivos desvios-padrão (sx). As referidas proporções inscritas em gráfico apropriado permitem traçar a curva da amamentação na população.

A Figura 1 reproduz a curva que caracteriza a frequência da amamentação no Município de São Paulo, onde se observa que apesar de a maioria das crianças iniciar a amamentação (92,8%), menos da

* Uma vantagem adicional das tábuas de vida é poder também levar em conta a história da amamentação das crianças que morrem precocemente. Tal procedimento é conseguido com o uso das tábuas de vida de múltiplo decremento¹⁹, as quais não foram empregadas na pesquisa por não se dispor de informações relativas a crianças mortas.

** Em relação à terminologia atualmente utilizada, os cursos primário, ginásial e colegial correspondem, respectivamente, às quatro primeiras séries do primeiro grau, às quatro últimas séries do primeiro grau e às três séries do segundo grau.

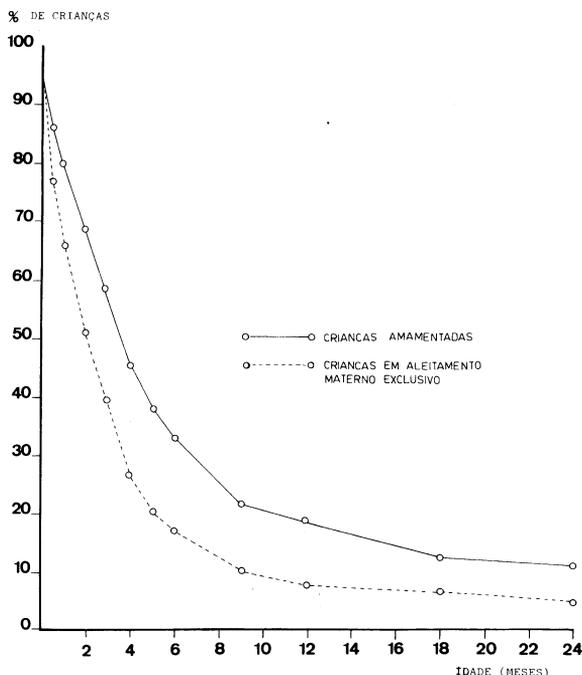


Fig. 1 - Frequência da amamentação e do aleitamento materno exclusivo em diferentes idades no Município de São Paulo (1984/1985).

metade chega amamentada à idade de quatro meses. A alta taxa de desmame nos primeiros quatro meses, evidenciada no gráfico da Figura 1 pelo acentuado declive dos segmentos iniciais da curva, atenua-se progressivamente nas idades seguintes, de modo que aos 12 e aos 24 meses ainda encontram-se amamentadas, respectivamente, 18,8% e 10,7% das crianças. O tempo mediano da amamentação no município, isto é, a idade em que a metade das crianças ainda está amamentada, foi estimado em 109,25 dias (108,24 dias para meninos e 110,81 dias para meninas).

2. Frequência e duração do aleitamento materno exclusivo

A análise efetuada pela técnica das tábuas de vida, desta vez aplicada ao aleitamento materno exclusivo, é apresentada no Anexo 2, recordando-se que desta análise participam apenas as crianças menores de dois anos.

No mesmo gráfico da Figura 1, pode-se acompanhar o traçado que caracteriza a curva do aleitamento materno exclusivo do Município de São Paulo. Ali se nota que a taxa de abandono do aleitamento materno exclusivo já é extremamente elevada nos primeiros quinze dias de vida. Tal comportamento, evidenciado pelo acentuado declive do primeiro segmento da curva, implica que aos quinze dias de idade quase um quarto das crianças já esteja recebendo outro leite. A interrupção do aleitamento materno exclusivo prossegue intensa até a

idade de quatro meses, quando cerca de três quartos das crianças já dependem de leite não materno para sua alimentação. A partir dos quatro meses, a frequência do aleitamento materno exclusivo se reduz pouco a pouco, alcançando valores inexpressivos no segundo ano de vida. O tempo mediano do aleitamento materno exclusivo no município, isto é, a idade em que metade das crianças ainda recebe apenas leite materno, foi estimado em 62,85 dias (62,75 dias para meninos e 62,97 para meninas).

3. Distribuição sócio-econômica da amamentação e do aleitamento materno exclusivo

O comportamento da amamentação e do aleitamento materno exclusivo nos diferentes estratos sócio-econômicos da população foi igualmente estudado através da técnica das tábuas de vida.

A Figura 2 sintetiza os resultados obtidos em diferentes idades quanto à amamentação. Aos três meses de idade, a proporção de crianças amamentadas alcança os maiores valores nos estratos populacionais de maior nível sócio-econômico (estratos I/II e III) e reduz-se gradativamente à medida que se caminha para os estratos de menor nível sócio-econômico (estratos IV, V e VI). As diferenças observadas indicam que a probabilidade de uma criança dos estratos I/II ou III chegar amamentada aos três meses excede em mais de 20% a probabilidade consignada dentro do estrato VI. Aos seis meses de idade atenuam-se as diferenças entre os estratos sócio-econômicos, mas ainda permanece a vantagem dos estratos superiores. Aos doze meses de idade inverte-se a relação entre amamentação e nível sócio-econômico, observando-se maior frequência de crianças amamentadas nos estratos de menor nível sócio-econômico. Aos 24 meses repete-se e acentua-se o quadro observado aos doze meses.

A Figura 3 sintetiza os resultados obtidos quanto à frequência do aleitamento materno exclusivo nos diferentes estratos sócio-econômicos. A vantagem inicial dos estratos de maior nível sócio-econômico, observada quanto à amamentação, intensifica-se no caso do aleitamento materno exclusivo, tomando-se muito evidente até os seis meses de idade. Com um, três e seis meses de idade, a frequência máxima de aleitamento materno exclusivo sempre se dá no estrato sócio-econômico superior (estrato I/II). Nestas idades, a probabilidade de uma criança do estrato I/II estar em aleitamento materno exclusivo excede em mais de 50% a probabilidade consignada dentro do estrato VI. Aos doze meses de idade, como era de se esperar, o aleitamento materno exclusivo é muito pouco freqüente em todos os estratos, não se registrando maiores diferenças entre os mesmos.

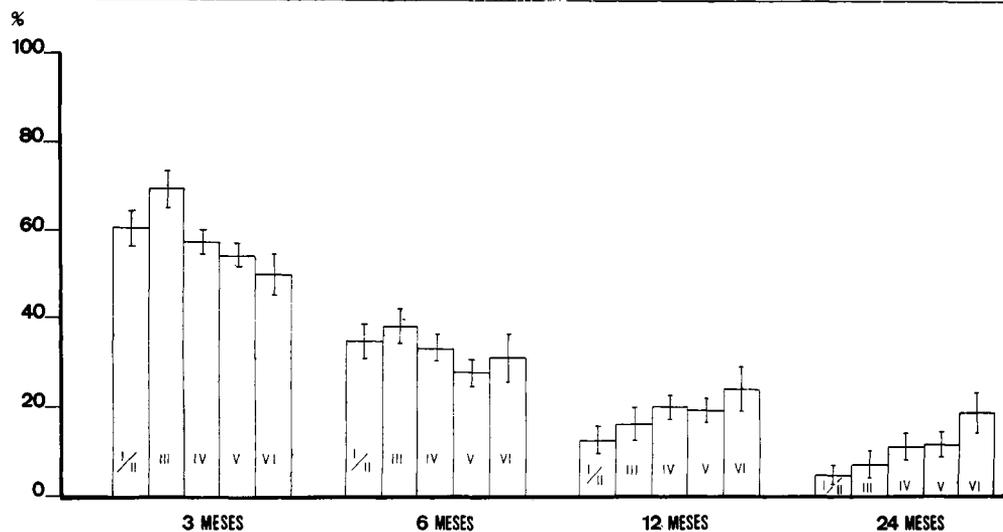


Fig. 2 - Proporção (%±d.p.) de crianças amamentadas em diferentes idades conforme o estrato sócio-econômico da família. Este estrato foi baseado na escolaridade máxima alcançada pelo chefe da família da criança, a saber: I - Superior; II - Colegial; III - Ginásial; IV - Primário; V - Primário incompleto; VI - Nenhuma.

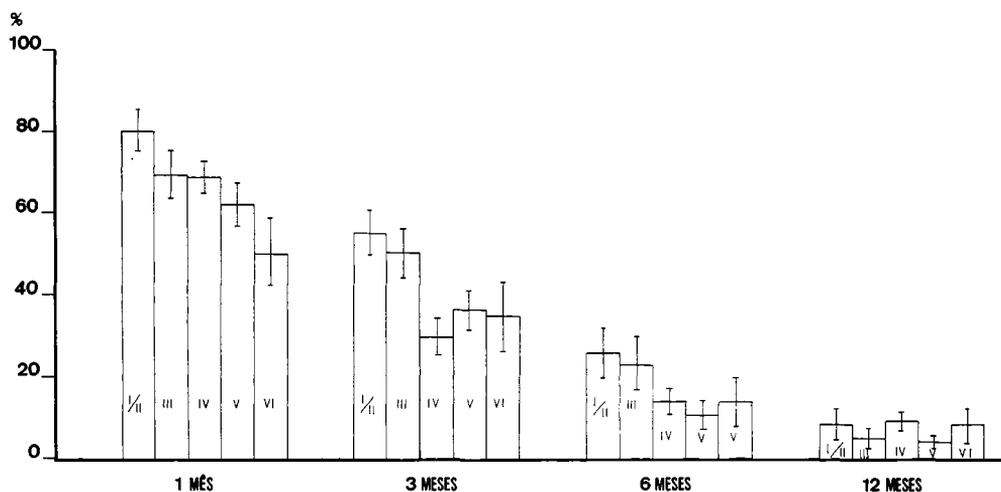


Fig. 3 - Proporção (%±d.p.) de crianças em aleitamento materno exclusivo em diferentes idades conforme estrato sócio-econômico da família. Este estrato foi baseado na escolaridade máxima alcançada pelo chefe da família da criança, a saber: I - Superior; II - Colegial; III - Ginásial; IV - Primário; V - Primário incompleto; VI - Nenhuma.

TABELA 1

Tempo mediano da amamentação e do aleitamento materno exclusivo em crianças de diferentes estratos sócio-econômicos do Município de São Paulo (1984/85).

Estrato Sócio-Econômico *	Tempo Mediano (Dias)	
	Amamentação	Aleitamento Materno Exclusivo
I/II	114	99
III	139	93
IV	106	47
V	99	53
VI	91	29

* Estratos sócio-econômicos baseados na escolaridade máxima alcançada pelo chefe da família da criança (I = Superior, II = Colegial, III = Ginásial, IV = Primária, V = Primária incompleta, VI = Nenhuma).

Na Tabela 1 são apresentados os tempos medianos de amamentação e de aleitamento materno exclusivo que caracterizam os diferentes estratos sócio-econômicos do município. No caso da amamentação, os maiores tempos medianos foram encontrados nos estratos I/II e III: cerca de quatro meses. A partir do estrato III, o tempo mediano vai caindo gradativamente com o nível sócio-econômico até chegar a cerca de três meses no estrato VI. No caso do aleitamento materno exclusivo, intensificam-se e tornam-se mais evidentes as vantagens dos estratos de maior nível sócio-econômico: enquanto nos estratos I/II e III o tempo mediano do aleitamento materno exclusivo supera ligeiramente os três meses, no estrato VI ele não chega a completar um mês.

DISCUSSÃO

A partir dos dados obtidos, o padrão da prática da amamentação no Município de São Paulo pode ser caracterizado nos seguintes termos:

- a grande maioria das crianças inicia a amamentação (> 92,8%);
- apenas a metade das crianças chega amamentada aos três/quatro meses de idade;
- aos seis meses de idade, apenas um terço das crianças participa da amamentação;
- duração prolongada da amamentação (> 12 meses) é característica de uma minoria das crianças estudadas (18,8%).

Comparando o padrão da amamentação em São Paulo com os padrões identificados pela Organização Mundial da Saúde, em estudo colaborativo realizado na segunda metade da década de 70¹⁷, verifica-se que a situação de São Paulo se encaixa na categoria de curta duração da amamentação (padrão I). Nesta medida, a cidade como um todo se distancia da situação prevista para as massas urbanas pobres dos países não desenvolvidos, onde o abandono da amamentação seria ainda incipiente (padrão II) ou nem mesmo teria se registrado (padrão III). A situação da cidade, de fato, é típica da situação prevista para os países desenvolvidos e para as elites urbanas dos países não desenvolvidos, onde foi intensa a atuação do processo do abandono da amamentação.

A comparação do padrão de amamentação observado em São Paulo com resultados procedentes de inquéritos realizados em outras localidades brasileiras como Rio de Janeiro⁴, Recife^{1,2} e Salvador⁵ revela muitas semelhanças e sugere que o processo de abandono da amamentação tenha se estendido por todos os centros urbanos do país.

Dois inquéritos anteriores realizados em São Paulo em 1973/74²² e em 1981² propiciam elementos para se avaliar a tendência recente da amamentação na cidade de São Paulo. O primeiro destes inquéritos estimou, a partir de amostra de 500 crianças de 6 a 60 meses de idade, a proporção das crianças do município que eram amamentadas por períodos variáveis entre um e seis meses. O segundo inquérito estimou a prevalência da amamentação nos primeiros oito meses de vida em uma amostra (n = 298) da clientela do conjunto dos programas de assistência à saúde infantil existentes na área metropolitana de São Paulo. A cobertura praticamente universal dos programas de assistência à saúde infantil¹⁴ e as características semelhantes dos demais municípios da área metropolitana indicam que os resultados deste segundo inquérito devem se aproximar daqueles que seriam observados em uma amostra representativa de crianças residentes no Município de São Paulo*.

A Tabela 2 sintetiza os resultados das comparações efetuadas entre a pesquisa de 1984/85 e os inquéritos anteriores de 1973/74 e de 1981, devendo-se notar que no caso da comparação com o primeiro inquérito foram incluídas apenas as crianças da amostra com mais de seis meses de idade, e no caso de comparação com o segundo inquérito apenas as crianças entre zero e oito meses de idade.

Tanto quando se considera como base o primeiro inquérito, como quando se considera como base o segundo inquérito, evidencia-se nítida tendência de aumento na frequência da amamentação. A utilização de diferentes indicadores nos inquéritos de 1973/74 e de 1981 não permite que os mesmos sejam comparados entre si, não se podendo assim precisar o período que marcaria o início do ascenso da amamentação. A diversidade de indicadores, por outro lado, reforça a hipótese de que a tendência

TABELA 2

Indicadores da frequência e duração da amamentação em três inquéritos realizados na Região de São Paulo

Ano do Inquérito	Proporção de Crianças Amamentadas Por 3 Meses ou +	Prevalência da Amamentação Aos 3 Meses de Idade *	Duração Mediana da Amamentação	Duração Média da Amamentação **
1973/74 (Sigulem e col. ²²)	35,6% (n = 500)	-	28 dias (n = 500)	-
1981 (Berquó e col. ²)	-	30,9% (n = 97)	-	90,9 dias (n = 298)
1984/85	59,0% (n = 926)	53,6% (n = 27)	110 dias (n = 926)	111,4 dias (n = 112)

* Refere-se às crianças com idades entre 61 e 120 dias

** Obtida a partir da técnica proposta por Page e col. ¹⁸

* O inquérito de 1981 foi realizado com vistas a servir de linha de base para uma posterior avaliação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento e incluiu, além da área metropolitana de São Paulo, a área metropolitana de Recife. Deverá ser repetido em 1986.

de queda na prática da amamentação tenha se interrompido em São Paulo e que um movimento de efetivo retorno à amamentação já esteja se implantando entre nós.

Tomando-se como base o inquérito de 1981², toma-se também possível avaliar a evolução recente da freqüência do aleitamento materno exclusivo. A Tabela 3 reúne as comparações efetuadas e indica que a mesma tendência de aumento observada quanto à amamentação também é registrada para o aleitamento materno exclusivo. De fato, é bastante provável que o adiamento na introdução do leite não materno na dieta infantil seja o maior responsável pelo alargamento do período de amamentação, já que a introdução precoce da mamadeira é um dos fatores primordiais na supressão prematura da amamentação.

TABELA 3

Indicadores da freqüência do aleitamento materno exclusivo em dois inquéritos realizados na Região de São Paulo.

Ano do Inquérito	Prevalência		Duração Média**
	1 Mês	3 Meses	
1981 (Berquo e col. ²)	36,5% (n = 74)	7,2% (n = 97)	43,9 dias (n = 298)
1984/85	57,1% (n = 27)	21,4% (n = 28)	59,7 dias (n = 112)

* Refere-se às crianças com idades entre 0 e 60 dias e entre 61 e 120 dias.

** Obtida a partir da técnica proposta por Page e col.¹⁸.

Outro aspecto interessante a se considerar no comportamento atual da amamentação em São Paulo é sua relação positiva com o nível sócio-econômico das famílias. Como se viu anteriormente, tal comportamento não identifica a cidade com o conjunto das sociedades urbanas não desenvolvidas^{16,17}, onde aquela relação usualmente é inversa, mas sim

com as sociedades desenvolvidas que estão vivendo intenso movimento de retorno à prática da amamentação²⁶.

Ainda que tenha utilizado o nível de renda e não o nível de escolaridade como indicador sócio-econômico das famílias estudadas, é interessante observar que o inquérito realizado no município, em 1973/74, encontrou relação claramente negativa entre nível sócio-econômico e freqüência da amamentação²². Tal fato sugere que os estratos de melhor nível sócio-econômico tenham aderido mais intensamente ao movimento recente de retorno à prática da amamentação. A se confirmar tal presunção, haveria que se rever a estratégia adotada pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno¹³, incluindo-se a ênfase que vem sendo colocada na difusão de mensagens educativas através de meios de comunicação de massa e o próprio conteúdo das referidas mensagens que talvez não estejam sensibilizando adequadamente a população menos privilegiada.

Uma última consideração que deve ser feita sobre a tendência recente observada na prática da amamentação na cidade de São Paulo é que esta parece ser o primeiro grande conglomerado urbano do Terceiro Mundo (mais de dez milhões de habitantes apenas do Município de São Paulo) onde uma evidente reversão da tendência declinante da amamentação é claramente documentada. Ainda que a origem precisa desta reversão não possa ter sido devidamente esclarecida neste artigo e ainda que o seu produto possa ser considerado modesto, pois uma expressiva proporção de crianças ainda é desmamada precocemente, o movimento de ascensão na prática do aleitamento materno em São Paulo reforça a tese de que não se deve aceitar como inevitável ou como irreversível o abandono da amamentação pelas sociedades urbanas do Terceiro Mundo. Nestas sociedades, tanto quanto nas sociedades desenvolvidas, é fundamental que se ampliem os esforços no sentido de identificar e combater o conjunto de fatores que dificultam a prática do aleitamento materno.

MONTEIRO, C.A. et al. [A study of children's health in S. Paulo city (Brazil), 1984-1985. III - Breast feeding]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 21 : 13-22, 1987.

ABSTRACT: A survey of 1,016 children under five years old, randomly sampled was carried out in S. Paulo city, Brazil, with a view to studying the epidemiology of health conditions. In this survey the prevalence and duration of breast feeding were particularly observed. Although the majority of infants start breast feeding (92.8%), less than a half are still nursed at 4 months, 18.8% at 12 and 10.7% at 24 months. The median duration of breast feeding for S. Paulo city was estimated at 109.25 days. As far as exclusive breast feeding is concerned, the median duration decrease to 62.85 days. When the sample was stratified according to socioeconomic status, the breast feeding rates (total or exclusive, as medians) are higher on the highest socioeconomic level, an unusual situation in developing countries. The comparison of data of the 1984/85 survey with those of 1973/74 and 1981 shows an evident trend to return to the practice of breast feeding in S. Paulo. This trend is similar to that found in developed countries during the 70's, specially for the highest socioeconomic status, documented for other great urban conglomerates of the Third World. Although the trend can be considered incipient, because many infants are still weaned early, it shows there is no reason to accept as irreversible the trend towards artificial feeding in urban societies of the Third World.

UNITERMS: Child health. Health surveys. Breast feeding. Socioeconomic factors.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBUQUERQUE, M.A.B. Condições de vida e alimentação do lactente. Recife, 1977 [Dissertação de Mestrado - Programa Integrado de Mestrado em Economia e Sociologia da UFPe]
2. BERQUÓ, E. et al. *Caracterização e determinantes do aleitamento materno na Grande São Paulo e Grande Recife*. São Paulo, 1984. (Cadernos CEBRAP, Nova Série, nº 2)
3. BIERING-SORENSEN, F. et al. Breast-feeding in Copenhagen - 1938-1977. *Dan. med. Bull.*, 27 : 42-8, 1980.
4. BONFIM, D.C. et al. Investigação sobre aleitamento natural. *Bol. Inst. Puer. Pediat. Martagão Gesteira*, 29 : 15-28, 1974.
5. COSTA, M.C.N. Alimentação infantil e sua influência sobre a mortalidade infantil e o intervalo entre gestações. Salvador, 1977. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da UFBA]
6. CUNNINGHAM, A.S. Breast-feeding and morbidity in industrialized countries: an update. *Adv. int. mat. child hlth*, 1: 128-68, 1981.
7. FEACHEM, R.G. & KOBLINSKY, M.A. Intervention for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breast-feeding. *Bull. Wld Hlth Org.*, 62 : 271-91, 1984.
8. HELSING, E. & KJAERNES, U. A silent revolution: changes in maternity ward routines with regard to infant feeding in Norway 1973-1982. *Acta paediatr. scand.*, 74 : 332-7, 1985.
9. HENDERSHOT, G.E. *Trends and differentials in breast-feeding in the United States, 1970-75*. Rochville, MD, National Center for Health Statistics, 1981. (Working paper series, nº 5)
10. HOFVANDER, Y. & SJOLIN, S. Breast-feeding trends and recent information activities in Sweden. *Acta paediatr. scand.* (Suppl. 275): 122-5, 1979.
11. JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. Human milk in the modern world. 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1978.
12. MARTINEZ, G.A. & NALEZIENSKI, J.P. 1980 update: the recent trend in breast-feeding. *Pediatrics*, 67 : 260-3, 1981.
13. MATTHAI, J. The Brazilian National Breast-feeding Program. *Assign. Child*, 61/62 : 225-47, 1983.
14. MONTEIRO, C.A. Condições de saúde e nutrição das crianças menores de cinco anos do Município de São Paulo; relatório final. São Paulo, Departamento de Nutrição, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1986. [mimeografado]
15. MONTEIRO, C.A. et al. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo, SP (Brasil), 1984-1985. I - Aspectos metodológicos, características sócio-econômicas e ambiente físico. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 20: 435-45, 1986.
16. NOTZON, F. Trends in infant feeding in developing countries. *Pediatrics*, 74 (4 pt. 2 suppl.): 648-66, 1984.
17. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Modalidade de la lactancia natural en la actualidad*. Ginebra, 1981.
18. PAGE, H. et al. Illustrative analysis: breast-feeding in Pakistan World Fertility Survey Scientific Reports Nº 37, Voorburg The Netherlands, International Statistical Institute, 1980 Apud NOTZON, F.¹⁶.
19. POPKIN, B. et al. Breast-feeding patterns in low income countries. *Science*, 218: 1088-92, 1982.
20. REPORT of the Task Force on the Assessment of the Scientific Evidence Relating to Infant-Feeding Practices and Infant Health. *Pediatrics*, 74 (4 pt. 2 Suppl.), 1984.
21. REUNIÃO CONJUNTA OMS/UNICEF SOBRE ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES E CRIANÇA NA PRIMEIRA INFÂNCIA. Genebra, 1979. *Subsídios preparados pela OMS e UNICEF*. Brasília, UNICEF, 1980.

22. SIGULEM, D.M. & TUDISCO, E.S. Aleitamento natural em diferentes classes de renda no Município de São Paulo. *Arch. lat. amer. Nutr.*, 30 : 400-16, 1980.
23. SMITH, D. Life Table Analysis. World Fertility Survey Technical Bulletin, Nº 8 Voorburg, The Netherlands, International Statistical Institute, 1980. Apud NOTZON, F.¹⁶.
24. SOUZA, P.L.R. The decline of breast-feeding in Brazil. *J. trop. Pediat. environ. Child Hlth*, 21 : 212-3, 1975.
25. WHARTON, B. A quinquenium in infant feeding. *Arch. Dis. Child.*, 57 : 895-7, 1982.
26. WINICOFF, B. & BAER, E.C. The obstetrician's opportunity: translating "Breast is best" from theory to practice. *Amer. J. Obst. Gynec.*, 138 : 105-17, 1980.

Recebido para publicação em 12/08/1986

Aprovado para publicação em 12/11/1986

ANEXO 1

Análise da frequência da amamentação em diferentes idades através do emprego da técnica de tábuas de vida.

Intervalo de Observação em Dias (x)	lx	wx	l'x	dx	qx	px	Px	sx
0 — 1	1003,0	0,0	1003,0	72,0	0,0718	0,9282	0,9282	0,008
1 — 7	931,0	0,0	931,0	22,0	0,0236	0,9764	0,9063	0,009
7 — 15	909,0	5,0	906,5	38,0	0,0419	0,9581	0,8683	0,011
15 — 30	866,0	6,0	863,0	68,0	0,0788	0,9212	0,7999	0,013
30 — 45	792,0	5,0	789,5	98,0	0,1241	0,8759	0,7006	0,015
45 — 60	689,0	5,0	686,5	13,0	0,0189	0,9811	0,6873	0,015
60 — 90	671,0	9,0	666,5	101,0	0,1515	0,8485	0,5832	0,016
90 — 120	561,0	6,0	558,0	124,0	0,2222	0,7778	0,4536	0,016
120 — 150	431,0	8,0	427,0	89,0	0,1616	0,8384	0,3803	0,016
150 — 180	354,0	2,0	353,0	46,0	0,1303	0,8697	0,3307	0,015
180 — 270	306,0	12,0	300,0	104,0	0,3467	0,6533	0,2161	0,013
270 — 365	190,0	8,0	186,0	24,0	0,1290	0,8710	0,1882	0,013
365 — 548	158,0	16,0	150,0	52,0	0,3467	0,6533	0,1230	0,011
548 — 730	90,0	12,0	84,0	11,0	0,1310	0,8690	0,1069	0,011

NOTAÇÕES:

- lx = Número de crianças que iniciam o intervalo x
- wx = Número de crianças ainda amamentadas que não completam o intervalo x (crianças com idade interna ao intervalo x).
- l'x = Número de crianças expostas ao desmame durante o intervalo x $(\frac{lx-wx}{2})$
- dx = Número de crianças desmamadas no intervalo x.
- qx = Proporção de crianças desmamadas no intervalo x $(dx/l'x)$.
- px = Proporção de crianças não desmamadas no intervalo x $(1-qx)$.
- Px = Proporção de crianças ainda amamentadas ao final do intervalo x $(p_1 \cdot p_2 \cdot p_3 \cdot \dots \cdot p_x)$.
- sx = Desvio padrão de Px.

ANEXO 2

Análise da frequência do aleitamento materno exclusivo em diferentes idades.

Intervalo de Observação em Dias (x)	lx	wx	l'x	dx	qx	px	Px	sx
0 — 1	357,0	0,0	357,0	11,0	0,0308	0,9692	0,9692	0,009
1 — 7	346,0	0,0	346,0	54,0	0,1561	0,8439	0,8179	0,020
7 — 15	292,0	4,0	290,0	17,0	0,0586	0,9414	0,7700	0,022
15 — 30	271,0	6,0	268,0	35,0	0,1306	0,8694	0,6694	0,025
30 — 45	230,0	2,0	229,0	39,0	0,1703	0,8297	0,5554	0,027
45 — 60	189,0	3,0	187,5	15,0	0,0800	0,9200	0,5110	0,027
60 — 90	171,0	6,0	168,0	38,0	0,2262	0,7738	0,3954	0,027
90 — 120	127,0	1,0	126,5	41,0	0,3241	0,6759	0,2672	0,024
120 — 150	85,0	5,0	82,5	20,0	0,2424	0,7576	0,2025	0,022
150 — 180	60,0	0,0	60,0	9,0	0,1500	0,8500	0,1721	0,021
180 — 270	51,0	4,0	49,0	20,0	0,4082	0,5918	0,1019	0,017
270 — 365	27,0	2,0	26,0	6,0	0,2308	0,7692	0,0783	0,016
365 — 548	19,0	11,0	13,5	2,0	0,1481	0,8519	0,0667	0,015
548 — 730	6,0	5,0	3,5	1,0	0,2857	0,7143	0,0477	0,020